

Modello di domanda provvidenze

Al Direttore Generale
dell'USR per la Toscana
Via Mannelli, 113
50136 FIRENZE

Oggetto: Richiesta di interventi assistenziali.

Il/La sottoscritt _____ nat_ a _____
Il _____, residente a _____
in Via _____
e domiciliato a (qualora diverso dalla residenza) _____
C.F. _____

CHIEDE

ai sensi della nota prot. n. _____ del _____ emessa da U.S.R. Toscana, l'assegnazione di un sussidio per:

() decesso di _____;

() malattie ed interventi chirurgici a carico dei seguenti componenti del nucleo familiare:

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:

() di essere dipendente del MIUR in servizio presso _____

con la qualifica di _____
e contratto a tempo indeterminato/determinato (cancellare l'ipotesi che non ricorre), pagato dalla D.P.S.V.(1)

() di essere in servizio continuativo dal _____

() di essere stato dipendente di ruolo/ del MIUR in servizio presso _____

con la qualifica di _____
e contratto a tempo indeterminato/determinato (cancellare l'ipotesi che non ricorre), pagato dalla D.P.S.V. (1)
e di essere cessato dal servizio in data _____

() di essere familiare (_____) (*) di _____
il quale era già dipendente del MIUR, in servizio presso _____

con la qualifica di _____ fino al _____

() che il nucleo familiare di cui fa parte è attualmente così composto:

Dichiara altresì:

1. che l'evento per cui chiede il sussidio si è verificato nell'anno 2009;
2. che le spese per cure mediche e di degenza sostenute relativamente ad un'unica malattia grave nell'anno 2009 ammontano a € _____.

Il/La sottoscritt__ dichiara espressamente che non sussistono, né da parte sua né da parte di altri familiari, analoghe richieste inoltrate, per gli stessi eventi, ad altre Amministrazioni, Enti, Società e Assicurazioni.

Allega (contrassegnare con X i documenti allegati):

() Copia conforme della dichiarazione sostitutiva unica corredata degli attestati ISE ed ISEE calcolati sui redditi percepiti nell'anno 2009 dall'attuale nucleo familiare.

() originali (o copie conformi) dei seguenti documenti di spesa sostenuta e non rimborsati:

() documentazione medica _____

() certificato di morte di _____

() stato di famiglia alla data del decesso del familiare convivente

() fotocopia di documento di identità.

Il/La sottoscritt__ chiede altresì che il sussidio eventualmente assegnato venga accreditato in:

() conto corrente bancario N° _____ BANCA _____

Codice IBAN _____

() conto corrente postale N° _____ ufficio postale di _____

Codice IBAN _____

() contanti presso Banca d'Italia della provincia di _____

Il/La sottoscritt__, consapevole delle sanzioni, civili e penali, nelle quali incorre in caso di dichiarazione mendace, ai sensi del DPR 28/12/2000 n. 445, **conferma espressamente** che tutte le precedenti dichiarazioni corrispondono al vero.

Eventuali comunicazioni potranno essere inviate al seguente recapito (indirizzo e numero telefonico):

di cui comunicherà l'eventuale cambiamento.

Il/La sottoscritt__ autorizza il trattamento dei dati personali e sensibili esclusivamente ai fini dell'erogazione del beneficio richiesto.

E' consapevole che l'amministrazione può effettuare verifiche sulla veridicità delle dichiarazioni rilasciate nel presente modulo.

Data _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE IL CONTRIBUTO

Note

() Contrassegnare con (X) l'opzione d'interesse.

(* Indicare il rapporto di parentela.

(1) Direzione Provinciale dei Servizi vari del Tesoro.